Z 19

Travail du Service de Dermato-Vénéréologie de Rouen

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

# THÈSE

N° 167

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jean HAMEL**

Né le 29 janvier 1901 à Saint-Étienne-du-Rouvray (S.-Inf.)

---

A PROPOS D'UNE FORME SPÉCIALE

# D'ANGIO-LYMPHANGIOME CONGÉNITAL GÉNÉRALISÉ DE LA PEAU

PARAISSANT DU A UN ÉTAT DYSTROPHIQUE ET DYSEMBRYOPLASIQUE DU TÉGUMENT

---

*Président* : M. GOUGEROT, *Professeur*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

[illegible]

Travail du Service de Dermato-Vénéréologie de Rouen

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° _

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jean HAMEL**

Né le 29 janvier 1901 à Saint-Étienne-du-Rouvray (S.-Inf.)

## A PROPOS D'UNE FORME SPÉCIALE D'ANGIO-LYMPHANGIOME CONGÉNITAL GÉNÉRALISÉ DE LA PEAU

PARAISSANT DU A UN ÉTAT DYSTROPHIQUE ET DYSEMBRYOPLASIQUE DU TÉGUMENT

*Président* : M. GOUGEROT, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

## I. — DOYEN. . . M. ROGER.

## LE PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | ROUVIÈRE. |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL |
| Chimie médicale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | CHAMPY. |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU. |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie | Maurice VILLARET |
| Thérapeutique | LOEPER. |
| Hygiène et médecine préventive | TANON. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | LEREBOULLET. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GOUGEROT. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique de la tuberculose | Léon BERNARD |
| Clinique chirurgicale | DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBRÉDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | Pierre DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeur sans chaire | BRANCA. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie medicale.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. . Pathologie médicale
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHIRAY . . . Pathologie médicale.
CLERC. . . . Pathologie médicale.
DEBRÉ . . . . Hygiène.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . Pathologie expérimentle
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . . Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
MERCIER (F.) Pharmacologie
METZGER . . Obstétrique.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING. . Anatomie pathologique.
OLIVIER. . . . Anatomie.
PHILIBERT. . Bactériologie.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER. . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.

## III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. . . . . Pharmacologie.
GUENIOT. . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . Histologie.

ZIMMERN. . . Physique.
N. . . . . Pathologie médicale

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### A TITRE PERMANENT

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE . . | Clinique chirurgicale. | LERI . . . . . | Clinique medicale. |
| AUVRAY. . . | Clinique chirurgicale. | MOCQUOT . . | Clinique chirurgicale |
| CHEVASSU. . | Clinique chirurgicale. | PROUST . . . | Clinique chirurgicale. |
| AIGNEL-LAVASTINE | Clinique médicale. | SCHWARTZ . | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER. . | Clinique obstétricale. | | |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . | Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY. . . . . | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT. . . . . | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique. |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE DIRECTEUR

ET A MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*A Rouen* :

M. le Professeur JEANNE, Professeur de Clinique chirurgicale, Chirurgien des Hôpitaux (*in memoriam*).

M. le Docteur PAYENNEVILLE, Médecin des Hôpitaux, Médecin-chef du Service de Dermato-vénéréologie.

M. le Professeur DÉVÉ, Médecin des Hôpitaux, Professeur de Clinique médicale.

M. le Professeur HALIPRÉ, Directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie.

M. le Docteur BILLIARD, Médecin chef honoraire du Service d'Electro-Radiologie à l'Hôtel-Dieu.

M. le Docteur LESSERTISSEUR, Médecin chef du Service d'Electro-Radiologie et de Radium-thérapie à l'Hôtel-Dieu.

*A Paris* :

M. le Docteur DESCOMPS, Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

M. le Professeur LE LORIER, Chirurgien chef du Service de la Maternité Boucicaut.

A Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur agrégé de Clinique dermatologique
à l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

*Respectueux hommage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

*Qui a été l'inspirateur de ce travail et a bien voulu nous aider de ses précieux conseils.*

*Témoignage respectueux de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAILLAU

Chef de Laboratoire d'Anatomie pathologique
à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui, avec une bienveillance extrême, nous a procuré de précieux documents histologiques.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance et nos plus sincères remerciements.*

Au terme de nos études médicales, nous sommes heureux, en présentant ce travail, de trouver l'occasion d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous les Maîtres qui ont contribué à notre éducation et à notre instruction pendant les sept années passées dans les hôpitaux de Rouen et de Paris.

Nous leur devons à tous nos plus vifs remerciements tant pour leur enseignement éclairé que pour leurs conseils judicieux et les marques de sympathie qu'ils ont bien voulu nous accorder.

Nous n'oublierons pas la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée, les encouragements qu'ils n'ont cessé de nous donner.

Par leurs excellentes leçons, ils se sont efforcés de nous faire profiter de leur savoir et de leur expérience ; par l'exemple qu'ils nous ont donné chaque jour, ils nous ont fait comprendre ce que doit être le rôle du médecin. En réglant notre conduite sur leurs précieuses directives, nous nous efforcerons, dans l'exercice de notre profession, de suivre dignement la voie qu'ils nous ont tracée.

A PROPOS D'UNE FORME SPECIALE

# D'ANGIO-LYMPHANGIOME CONGÉNITAL GÉNÉRALISÉ DE LA PEAU

PARAISSANT DU A UN ÉTAT DYSTROPHIQUE ET DYSEMBRYOPLASIQUE DU TÉGUMENT

---

## INTRODUCTION

Au cours de notre dernière année d'études médicales passée dans le service du Dr Payenneville à Rouen, il nous a été permis d'étudier de nombreux cas de lésions vasculaires de la peau et nous avons pu entre autres observer le cas d'un malade atteint d'angiomes cutanés multiples de nature congénitale répartis sur tout le corps.

Un examen histologique pratiqué par le Dr Caillau, permit de poser le diagnostic d'angiolymphangiome (20 juin 1928).

A cause de la rareté de cette affection, il nous a paru intéressant de reprendre la question des lymphangiectasies, des angiomes et des lymphangiomes restée longtemps obscure et qui semble avoir été mise au point à la fin du siècle dernier par une classification dans laquelle les auteurs ont cherché à bien différencier l'identité des lymphangiomes et

des varices lymphatiques ; après une vue d'ensemble sur l'historique de ces affections nous consacrerons un chapitre à chacun des groupes avant de passer à l'étude des angiolymphangiomes qui font plus spécialement l'objet de notre thèse.

Que le lecteur nous pardonne d'insister un peu longuement sur les premiers chapitres ; nous avons cru devoir le faire à cause des points communs que présentent les diverses lésions des vaisseaux lymphatiques et des vaisseaux sanguins et afin de bien les différencier.

# HISTORIQUE

Les dilatations lymphatiques sont connues depuis fort longtemps ; nous devons la première observation publiée à Guiffort qui, en 1670 signala un cas de dilatation variqueuse lymphatique du canal thoracique. En 1737, Bassius, puis Bichat, Morton et quelques autres auteurs ont observé les varices des lymphatiques viscéraux : poumon, cœur, foie, pancréas, intestin, etc...

En 1808, Alard présente à Paris une thèse sur « l'histoire d'une maladie particulière au système lymphatique ».

Nélaton, le premier, en 1860, diagnostiqua les varices ganglionnaires entrevues depuis 1807 par Horn, Hasse et Henke ; leur étude commencée en 1818 par Meckel, fut poursuivie par Michel, Zamboes. Mais avant Nélaton, ce furent une série de travaux de Binet, Breschet (Thèse de Paris, 1836), David et Demarquay ; à cette période correspond une véritable phase clinique dans l'étude historique de cette maladie. Verneuil, Trélat, Anger ajoutent quelques aperçus sur l'anatomie pathologique et essaient une classification dans la pathogénie des lésions des vaisseaux lymphatiques (1867).

Puis Viguier, en 1875, présente un travail sur les varices lymphatiques ; c'est ensuite la thèse de Desert en 1877 qu'il consacre à l'étude des lymphangiectasies. De Marquez (1879), Jourdan (1880) contribuèrent également à l'étude des dilatations lymphatiques, étude entreprise en Angleterre par Jackson (1866), Hill et Day (1869). En Amérique, citons le travail de Busey (1878) qui est un des plus complets à ce sujet.

Jusqu'à cette époque, il n'était pas encore question des lymphangiomes et ces affections étaient confondues avec les lymphangiectasies, les hémangiomes et diverses tumeurs. Dühring, dans son traité de 1883, différencia le lymphangiome tubéreux du mycosis fongoïde.

Wegner en Allemagne et Chipault en France avec sa remarquable monographie « varices lymphatiques et lymphangiome », furent les premiers à essayer de classer le groupe des angiomes lymphatiques ; Wegner réduisant à trois le nombre des formes typiques les divisait en : simples, caverneux et cystoïdes.

Chipault, en 1889, de son côté, différenciait l'adénolymphocèle de la dilatation des réseaux lymphatiques dermiques qui pouvait être diffuse ou localisée et, au point de vue anatomique, caverneuse ou kystique.

En 1879, des dermatologistes anglais : Tilbury et Colcott Fox avaient déjà étudié des lésions dermiques vésiculeuses auxquelles ils donnèrent le nom de lymphangiectodes.

Hutchinson (1880) décrivit deux observations analogues (vésicules à liquide clair, semblable à la lymphe; dans quelques-unes il y a de petites hémorragies). En 1883, Köbner et encore Colcott Fox en 1889 publièrent de nouveaux cas auxquels ils donnèrent le nom de lymphangiectasie. Malcolm Morris qui étudia la même année un cas semblable de cette affection, lui donna le nom de lymphangiome circonscrit (qu'elle a conservé).

Pendant ce tems, l'Ecole de Vienne avec Hébra, Kaposi, Biesadecki, décrivait un lymphangiome cutané, d'un type clinique différent, caractérisé par un grand nombre de petites nodosités dermiques, à surface lisse, lenticulaires, plus ou moins allongées, brun rougeâtre, assez denses, fermes, adhérentes à la peau, sans démangeaisons, sans traces de régression, desquamation ou dépression, et à laquelle ils donnèrent le nom de lymphangiome tubéreux multiple.

A ces observations s'ajoutèrent un cas semblable publié par Pospelow en 1879 et peu après un autre par Van Harlingen; cette affection s'opposait à celle décrite par les auteurs Anglais.

Toutefois le lymphangiome circonscrit finissait par être admis après un travail important de Finch Noyes et Török établissant que le processus morbide de cette affection consistait en une prolifération de l'endothélium lymphatique avec néoformation de cavités lymphatiques.

Des observations de Schmidt, Janicson, Eliott,

Hartzell vinrent confirmer leurs conclusions. Donc : deux formes portant chacune le nom de lymphangiome : type Colcott Fox et type Kaposi.

En 1891, Besnier reprenant la question, écarte définitivement la forme lymphangiomes tubéreux de Kaposi qu'il range sous la forme de cystadénomes épithéliaux bénins. Cette distinction fut admise à la suite d'arguments histologiques exposés par Darier et Jacquet.

Toutefois Besnier pensa qu'il y avait lieu de réviser la classification des lymphangiomes circonscrits, et à la suite d'un cas, observé par lui, à éléments vasculo-sanguins et se rapprochant des cas de Schmidt, de Colcott Fox et de Török, proposa de les distinguer du groupe, comme étant des hématangiomes. Schmidt et de Bock de Bruxelles, se basant sur une observation de lymphangiome circonscrit, mirent en doute au Congrès de Berlin de 1890 la nature lymphatique de l'affection qu'ils proposèrent d'appeler angiome kystique de la peau.

Mais après cette période de litige, furent publiées des observations diverses, d'un caractère semblable à la description de Noyes et Torok qui contribuèrent à mettre la question au point. Torok, dans un travail au laboratoire d'Unna, reprenait la question, révisait tous les cas précédents et confirmait par des arguments histologiques la nature lymphangiomateuse des lésions.

Peu après Freudweiler concluait dans le même sens.

En 1899 Brocq et Bernard montrèrent à propos d'un lymphangiome de la muqueuse buccale, que si le système sanguin est en jeu dans cette affection, celle-ci n'en est pas moins d'origine lymphatique ; et les auteurs donnent à cette maladie pour la première fois le nom d'hémo-lymphangiome ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce travail en décrivant ultérieurement l'observation qui en a fait l'objet.

La classification des lymphangiomes simplifiée à mesure qu'on rattachait à d'autres dermatoses des lésions qui n'en dépendaient pas histologiquement, s'est trouvée vers le commencement de ce siècle à peu près établie telle que les ouvrages modernes la décrivent aujourd'hui. Depuis cette époque, un certain nombre de travaux ont été publiés tant en France qu'à l'étranger sur l'histologie pathologique des lymphangiomes :

Darier, qui a bien mis la question au point dans son récent traité, distingue les lymphangiectasies des lymphangiomes circonscrits et classe ces derniers en: superficiel, dermo hypodermique, et à forme majeure caractérisée par « des masses profondes sans limites nettes, pouvant occuper toute une région », cette forme majeure présentant fréquemment un aspect mixte (avec vésicules claires et contenant des éléments sanguins) qui justifie le nom d'hémolymphangiome.

D'après les communications et les observations que nous avons pu réunir, les auteurs se sont parti-

culièrement intéressés à l'étude clinique, histologique et pathogénique des hémolymphangiomes et à leur traitement.

Citons en Amérique : Stokes qui décrivit un hémolymphangiome du bras chez un malade présentant d'autres anomalies congénitales. Stillians (1922), Abramowitz (1926), Schwartz (1925).

En Angleterre : Reder (1920), Little (1921).

En Allemagne : Kallius (1927), Glaubersohn et Brünauer (1923).

En France : Hudelo et Caillau étudient en 1921 la structure histologique d'un hémolymphangiome. Citons également : Meneau, Hudelo (1921) et Jouannot (thèse de 1925).

Nous ne citons que les travaux les plus importants; pour complément, se reporter à notre Bibliographie.

En résumé, nous constatons qu'à la suite des travaux nombreux, parus tant en France qu'à l'étranger sur ces différentes affections, c'est seulement depuis une vingtaine d'années environ que la question des angiolymphangiomes a surtout été étudiée, ce chapitre faisant tout particulièrement l'objet du travail que nous présentons.

Après cette étude d'ensemble sur l'histoire des maladies du système lymphatique, si complexe et à la fois si intéressante par les discussions qu'elle entraîna parmi les dermatologistes et les histologistes, il nous semble utile d'en tracer ensuite un tableau clinique et nous chercherons à bien différencier l'identité des lymphangiomes et des varices lym-

phatiques en les étudiant aux points de vue étiologique, clinique et anatomopathologique.

Dans un chapitre ultérieur, nous nous occuperons des angio-lymphangiomes (quelquefois appelés aussi hémolymphangiomes) dont une observation personnelle d'un cas rare sera présentée en même temps.

## Les lymphangiectasies.

Dans sa classification du groupe des télangiectasies, Brocq a d'abord différencié les lymphangiectasies d'ordre chirurgical ainsi que les asphyxies réticulaires ou livedo (asphyxie réticulaire d'Unna, réticulaire multiple de Pringle) ; il range les autres lymphangiectasies dans les télangiectasies soit diffuses, soit en plaques, acquises, dépendant de diverses maladies (syphilis notamment) et plaçant les lymphangiomes et les hémangiomes dans la grande classe des nœvi, affections essentielles ou primitives.

Darier, dans son *Précis de Dermatologie*, distingue les varices lymphatiques ou lymphangiectasies « qui peuvent se présenter sans tumeur, à titre de lésions acquises secondaires à un processus provocant la stase de la lymphe » des lymphangiomes proprement dits, affection congénitale.

Ces lymphangiectasies acquises, dont l'étude, on le sait, fut la première en date dans l'histoire des affections vasculaires des lymphatiques et des vais-

seaux sanguins, dépendent d'un processus morbide dont l'origine peut être retrouvée et dont nous allons donner une idée tout à l'heure.

Elles sont caractérisées par une tendance à la diffusion, la présence d'un semis de vésicules typique, confluent, et par une lymphorragie à leur niveau.

Dans le lymphangiome au contraire, il n'y a rien de semblable ; c'est une néoformation constitutionnelle et innée du système lymphatique et, comme l'a dit Bonhommet, le lymphangiome est aux vaisseaux lymphatiques ce que l'angiome est aux vaisseaux sanguins.

Le lymphangiome est une tumeur toujours nettement délimitée, molle, fluctuante, constituée par un ensemble de lacunes communiquant entre elles comme dans un tissu caverneux.

En résumé, on ne relève qu'un caractère commun à ces deux sortes d'affections, c'est la lymphorragie ; mais comme nous le verrons, ce caractère ne suffit pas à lui seul pour les identifier.

L'âge et le sexe ne semblent pas jouer un rôle appréciable dans la pathogénie des lymphangiectasies. Mais le climat a une grosse importance ; tels sont les nombreux cas de varices lymphatiques et d'éléphantiasis qu'on rencontre dans les pays chauds. Certains auteurs comme Lang, Fox, Koebner ont invoqué des causes d'ordre mécanique.

L'opinion de Besnier est qu'il s'agit d'un processus

de nature variable : parasitaire (filariose), septique (pyémie) ou virulent (syphilis, cancer).

Sabouraud a révélé par des cultures la présence du streptocoque.

En 1902, Delobel reprenant cette question, divise les lymphangiectasies en congénitale, spontanée, filarienne, mécanique et symptomatique (éléphantiasis, poussées d'érysipèle) et contribue particulièrement à préciser leur étiologie.

L'étude des varices lymphatiques, considérées comme troubles permanents consécutifs à des poussées d'érysipèle répétées, en a été faite par Danlos en 1901. Citons également les communications de Du Castel où l'auteur conclut que certaines lymphangiectasies sont dues au retentissement des inflammations lymphatiques et particulièrement ganglionnaires sur le système lymphatique des régions avoisinantes.

Nous retiendrons à propos de la pathogénie une étude du Dr Audain (d'Haïti) sur la lymphangiectasie permanente due à la filaire de Bancroft (« v. les fièvres intertropicales ») ; c'est une affection localisée, permanente, d'origine filarienne et dont une des diverses formes cliniques, le lympho-scrotum, a attiré notre attention ; il s'agit en l'espèce d'une lymphangiectasie caractérisée par la dilatation des lymphatiques du scrotum qui présentent sur leur trajet des vésicules herpétiformes se rompant de temps à autre pour laisser échapper un liquide de nature lymphatique, de coloration variable, et se

coagulant rapidement à l'air. Le volume des vésicules varie d'une tête d'épingle à un pois ; cette lésion présentant souvent les caractères d'une tumeur inflammatoire, il faut simplement retenir que par sa morphologie extérieure elle est comparable jusqu'à un certain point à un lymphangiome.

Parlant des télangiectasies essentielles, en plaques, acquises, Brocq indique, comme étiologie de ces affections, les maladies chroniques, la grippe, le cancer et surtout la syphilis. A ce propos, signalons une observation récente de Glaubersohn publiée en 1927 dans la *Dermatologie Wochenschrifft* sous le titre de « lymphangiectasia cutis nodularis disseminata, » et où il s'agit d'un processus morbide qui fut justiciable d'un traitement antisyphilitique.

Les recherches bactériologiques sur les lymphangiectasies ont permis de trouver souvent un bacille spécial (non décrit), un trétagène, un streptocoque.

*L'étude anatomo-pathologique* a permis d'en préciser quelques points restés longtemps dans l'ombre et qui maintenant peuvent être mis en parallèle avec les travaux effectués au sujet des lymphangiomes. Voici d'une façon générale, les lésions que l'on rencontre dans les lymphangiectasies cutanées et qui présentent d'ailleurs beaucoup de points communs avec celles des lymphangiectasies dermiques :

*L'épiderme* est respecté partout, quelquefois très aminci par suite du tassement des cellules de la couche génératrice et de l'atrophie du corps muqueux de Malpighi. La lésion fondamentale semble

siéger dans les papilles du derme : grandes cavités tapissées par un endothélium aplati, résultant d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques. Ces cavités sont tantôt vides, tantôt remplies d'une masse grisâtre, granuleuse (c'est ce qu'on a appelé la dégénérescence mycélioïde), remplies aussi quelquefois de leucocytes et de granulations graisseuses.

*Le derme* présente les caractères suivants : le tissu propre des papilles comprend une dilatation des vaisseaux sanguins dont quelques-uns sont remplis de globules ; d'autre part, on constate une altération du tissu fibrillaire de la papille qui est devenu jaune, granuleux, infiltré de cellules rondes ou fusiformes. Présence de nombreuses cellules fort pigmentées.

*Donc, pour nous résumer* : irritation des vaisseaux sanguins, dégénération granuleuse partielle du tissu conjonctif du derme, infiltration de ce tissu et dilatation des lymphatiques. L'état vésiculeux est constitué peu à peu par la séparation progressive du derme et de l'épiderme. Comme le liquide continue son œuvre, l'épiderme s'amincit, devient prêt à se rompre ; on ne peut distinguer les vaisseaux lymphatiques des vaisseaux sanguins que quand la dilatation est devenue importante.

En ce qui concerne la peau, on y rencontre des espaces lymphatiques très dilatés et des vaisseaux sanguins entourés d'un manchon de cellules embryonnaires.

Les autres parties du tissu (bulbes pileux et glan-

des sébacées et sudoripares) ne présentent pas d'altérations notables.

## Les Hémangiomes.

Dans sa classification, Brocq rattache les hémangiomes et les lymphangiomes au groupe des nævi vasculaires, les premiers étant des vasculaires sanguins, les autres des vasculaires lymphatiques. Toutes ces formes sont des lésions essentielles, congénitales ; à propos de leur étiologie, Brocq émet l'opinion qu'il existe une certaine prédisposition et peut-être aussi un certain caractère d'hérédité.

D'après certains auteurs, il serait fréquent d'observer, chez des sujets atteints de nævi nombreux ou volumineux, d'autres difformités congénitales, des arrêts de développement, de l'idiotie, de l'hydrocéphalie Ce seraient donc de véritables stigmates de dégénérescence qui pourraient les rapprocher de la maladie de Recklinghausen.

Pour notre part, nous avons eu l'occasion de voir rapporter l'observation d'un jeune enfant atteint d'idiotie congénitale et qui présentait à sa naissance une hyperplasie énorme des tissus de presque toute une moitié de la face, avec hyperostose et plaques angiomateuses, ce qui tendrait à confirmer l'origine embryonnaire de ces affections.

Nous dirons seulement quelques mots des hémangiomes qui, par leur nature, affinent plus ou moins aux lymphangiomes, et surtout aux hémolymphan-

giomes ; ce sont, comme on sait, des lésions très fréquentes, surtout chez la femme et à localisations très diverses. On les divise en : plans, stellaires et tubéreux.

1° *Le nævus vasculaire plan* est constitué par des taches variables dans leur dimension et leur couleur, revêtant la forme tantôt de petits points, tantôt de nappes plus ou moins étendues. Il est de nature soit artérielle, soit veineuse ; quelquefois multiple, disposé le long du trajet d'un nerf, il prend une allure zoniforme. Sa coloration est rouge, parfois plus foncée, presque bleue, disparaissant d'une façon plus ou moins complète par la pression du doigt ; dans certains cas, la peau à son niveau reste lisse, mince et mobile ; mais on rencontre également des cas où le tégument est épaissi, en relief.

A propos de sa structure, Virchow a montré que ce sont les veines du derme qui sont dilatées et que les artères et le réseau capillaire restent à peu près normaux, d'où le nom de télangiectasis venosa que cet auteur lui a donné. Le nœvus vasculaire plan reste souvent stationnaire dès les premiers mois de la vie et peut même disparaître peu à peu spontanément ; dans d'autres cas il est susceptible de se transformer en :

2° *Nævus tubéreux* ; celui-ci présente généralement une coloration plus foncée que le précédent et tend assez souvent à prendre des dimensions de plus en plus considérables ; il forme une saillie légère au-dessus de la surface de la peau, et pré-

sente parfois un processus inflammatoire qui peut en amener la disparition par sphacèle et cicatrisation. Voici d'après Rist les lésions histologiques qu'on y rencontre : « il se produit une véritable néoformation vasculaire ayant une ectasie primitive pour point de départ, mais il n'y a pas de bourgeonnement de capillaires ; les vaisseaux veineux s'épaississent, s'allongent et augmentent considérablement leurs sinuosités, tandis que dans le derme le tissu fibreux s'hypertrophie.

Contrairement à ce qui se passe dans les angiomes plans, les autres parties constituantes de la peau, follicules, muscles, glandes sudoripares, s'atrophient. »

3° *Quant au nævus télangiectasique* ponctué, stellaire, il est constitué par une petite ponctuation sanguine légèrement élevée, formant houppe centrale, d'où émergent à la façon des rayons d'une roue des télangiectasies qui se ramifient plus ou moins loin.

En résumé, les hémangiomes peuvent se présenter sous un des trois aspects que nous venons de décrire ; mais la possibilité de se transformer en angiomes tubéreux est toujours à envisager, aboutissant alors à une phase d'hypertrophie, ce qui rend leur pronostic un peu plus sérieux que celui des angiomes non vasculaires.

## Les lymphangiomes.

Nous les avons définis déjà dans un chapitre précédent: ce sont en effet des néoformations constitutionnelles et innées du système lymphatique, et qui sont classées parmi les tumeurs ; elles résultent d'une « hyperplasie des vaisseaux lymphatiques avec ectasie (1) ». Leur étude clinique sera faite plus loin ; donnons pour commencer un rapide aperçu sur la manière de les classer : les nœvi vasculaires lymphatiques sont de deux sortes :

Le lymphangiome *proprement dit* d'une part ;

Le lymphangiome *tubéreux multiple* d'autre part (ce sont les lymphangiomes multiples de Pospelow).

C'est le lymphangiome proprement dit, ou circonscrit, que nous allons étudier particulièrement ; il présente d'ailleurs lui-même deux variétés cliniques : celui de la peau, et celui des muqueuses.

Le lymphangiome circonscrit de la peau est actuellement considéré comme une difformité circonscrite, une anomalie de développement. On a constaté depuis longtemps qu'à l'encontre des lymphangiectasies cutanées, qui sont des affections acquises, le lymphangiome est, lui, congénital ou peut se développer dès les premiers mois ou les premières années de la vie.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il diffère totalement des lymphangiectasies, ces affections

1. Darier « *Traité de Dermatologie* ».

survenant à la suite d'un traumatisme ou d'une affection quelconque, laquelle a créé des obstacles à la circulation veineuse et lymphatique d'une région. Il débute presque toujours dès la première enfance par de petites vésicules qui, restées d'abord isolées les unes des autres, se rapprochent ensuite au point de se confondre et de former un amas mûriforme de vésicules opaques à la base et dont le sommet est plus ou moins transparent et ressemble à un petit grain de sagou ; leur forme est arrondie, globuleuse, assez régulière, parfois un peu ovalaire ou pyriforme ; elles peuvent être aplaties latéralement par compression réciproque. Elles présentent en quelque sorte l'aspect de perles à contenu translucide et sont recouvertes d'un épiderme souvent épaissi, d'apparence verruqueuse ; il est parfois très aminci, donnant alors l'impression d'une fine pellicule transparente, tantôt lisse, tantôt sillonnée d'un fin réseau dû à la conglomération des vésicules voisines en une vésicule plus grosse et cloisonnée. On voit quelquefois ramper à la surface de certaines de ces vésicules, des touffes de capillaires sanguins ; ce sont de véritables télangiectasies sanguines, mais qui siègent plus volontiers à la base même de ces vésicules, c'est-à-dire sous leur plancher ; c'est alors par transparence qu'on les aperçoit, sous la forme de petits points rouges, bleus ou violacés et situés ordinairement à la partie médiane du fond de ces vésicules.

La tumeur, dans son ensemble, repose sur une

induration profonde ; autour de la masse principale, existent toujours des îlots détachés et un semis d'éléments isolés. Le contenu de tous ces éléments ou vésicules est parfaitement limpide ; lorsqu'on les pique, il s'en écoule un liquide aqueux, qui présente tous les caractères chimiques et histologiques de la lymphe et qui sont en quantité plus abondante que ne semblait le faire prévoir la cavité approximative de la vésicule ponctionnée ; le liquide, d'abord clair, se mélange de sang, puis l'écoulement s'arrête spontanément ; il n'y a pas à proprement parler de lymphorrée.

La néoplasie n'est pas toujours uniquement constituée par des vésicules transparentes : on y remarque aussi des vésicules rouges nettement hématiques et quelquefois aussi de véritables nævi sanguins. C'est cette particularité qui a donné naissance à certaines erreurs d'interprétation et qui a conduit des auteurs à considérer les lymphangiomes comme des tumeurs vasculaires sanguines ; cela est dû, comme l'a démontré Freudweiler, à la rupture de télangiectasies sanguines dans les vésicules claires.

Les vésicules sont des cavités kystiques qui se développent dans le derme sous-papillaire et qui, peu à peu, grâce à leur accroissement progressif, envahissent même les papilles dermiques ; d'autre part, elles sont revêtues d'un endothélium continu et renferment une substance granuleuse et quelques leucocytes.

Souvent dans le tissu conjonctif formant la paroi de ces cavités, rampent des capillaires sanguins variqueux, dilatés, gorgés de sang, dont la rupture se devine fatale par le simple examen histologique ; aussi rencontre-t-on des cavités qui renferment un mélange de matière lymphatique et de globules rouges, quelquefois même un caillot sanguin.

D'après Rist, on y rencontre des cellules géantes possédant jusqu'à douze noyaux, faisant corps avec la paroi mais aussi parfois semblant appartenir au contenu du kyste. L'amas de cellules endothéliales dans les cavités, l'existence de mitoses, accentuent le caractère hyperplasique de la lésion. Unna admettant qu'il y a prolifération endothéliale, a rejeté l'hypothèse précédente du bourgeonnement actif des vaisseaux lymphatiques comparable aux angioblastes des hémangiomes.

Darier confirme la dilatation des lymphatiques et la présence d'amas de cellules lymphoïdes parmi lesquelles on a pensé reconnaître des lymphoblastes ; il émet l'hypothèse que leur groupement dans un réseau adénoïde permet d'admettre que les lymphangiomes proviendraient de *reliquats embryonnaires* du tissu lymphoïde, ce qui les apparenterait aux lymphadénies. Weichselbaum et Brünauer ont, dans un travail documenté paru en 1923 dans les *Archives für Dermatologie*, assez longuement étudié cette question.

Le lymphangiome circonscrit de la peau est souvent le siège de poussées inflammatoires. Il s'ob-

serve surtout au cou, à la racine des membres supérieur et inférieur, et dans la région génitale. Les éléments dont il est formé, présentant des alternatives d'accroissement et de diminution, peuvent s'affaisser graduellement jusqu'à la résorption complète dans certains cas. Il est indolent, sans gêne fonctionnelle appréciable, si ce n'est lorsqu'il est devenu volumineux et c'est, dit Brocq, « généralement entre 10 et 30 ans que les malades viennent consulter pour cette affection ».

A côté de son caractère de bénignité, il faut ajouter que la récidive sur place n'est jamais signalée après l'excision de la tumeur ; cependant une observation de Mantegazza en 1902, parue dans les *Annales de Dermatologie*, semblerait le démentir, mais dans cette observation il s'agissait exactement du cas d'un hémolymphangiome kystique superficiel développé sur la cicatrice résultant de l'extirpation d'un lymphangiome sous-cutané.

Quant au lymphangiome circonscrit des *muqueuses*, il ne diffère guère de celui de la peau, ni comme aspect, ni comme évolution. Cependant, le développement du système vasculaire sanguin y est peut-être plus important que dans la forme cutanée. Notons aussi que les phases de turgescence de la tumeur sont également plus marquées et que le siège de prédilection est la langue avec de fréquentes propagations tantôt au cou, tantôt au voile du palais. Un autre caractère lui est spécial : c'est le développement du tissu fibreux qui fait de l'en-

semble des lésions une tumeur à proprement parler.

## Les Angiolymphangiomes.

Les lymphangiomes présentent parfois un aspect particulier constituant une forme mixte les affinant aux angiomes et qui leur a fait donner le nom d'angio-lymphangiomes ; ces derniers présentent d'ailleurs des caractères communs avec les lymphangiomes et n'en diffèrent vraiment qu'au point de vue histologique. Ils sont comme eux congénitaux ou apparaissent dans les premiers mois de la vie.

Darier, qui divise les lymphangiomes circonscrits en trois formes : une forme superficielle, une forme moyenne ou dermo-hypodermique, et une forme majeure, range les angiolymphangiomes dans cette dernière; il les décrit comme des masses profondes, de volume variable, mal delimitees et occupant parfois toute une partie du corps.

Ces tumeurs siègent généralement soit à la peau, soit sur les muqueuses , les autres localisations sont considérées comme des raretés ; cependant on a cité quelques observations d'angio-lymphangiomes viscéraux et d'autres intéressant la glande sous-maxillaire ou la parotide, la glande mammaire. Sur les muqueuses, c'est surtout au niveau de la langue, sur la muqueuse buccale et les lèvres qu'on les a observés.

Nous avons retrouvé dans la littérature un cer-

tain nombre d'observations qui nous ont permis d'établir quels étaient les points de prédilection de cette affection lorsqu'elle siège sur la peau et qui sont particulièrement le cou, la racine des membres et le thorax.

L'angiolymphangiome est généralement caractérisé par une tumeur profonde, mal délimitée, d'un volume parfois considérable et présentant à sa surface un semis de petites vésicules dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à une lentille ; vésicules rondes à sommet aplati ; les vésicules sont généralement groupées en bouquets sur le milieu de la tumeur ; elles peuvent être déformées, aplaties latéralement par compression réciproque.

Autour de la masse principale, existent toujours des îlots détachés et un semis d'éléments isolés, présentant dans certains cas une distribution zoniforme.

Etant donné le polymorphisme des lésions que nous avons rencontrées dans diverses observations, il semble difficile d'en faire une description unique, complète et absolue ; nous avons pu remarquer en effet que tantôt on rencontre sur un même individu des éléments lymphatiques et des éléments purement sanguins parfaitement distincts les uns des autres, tantôt une association de ces deux formes dans le même élément et alors il peut y avoir prédominance de l'élément sanguin sur l'élément lymphatique ou inversement.

C'est ce que nous mettrons en évidence par les

observations que nous avons pu rassembler dans la littérature et que nous présentons dans ce chapitre.

Elles nous permettront de donner à la fois un aperçu sur quelques formes classiques de l'hémo-lymphangiome et sur sa constitution au point de vue histologique. Une étude complète histologique sera faite ensuite à propos d'une forme d'angiolymphangiome généralisé de la peau et en nous basant sur des examens histologiques grâce à la bienveillance de M. le Docteur Caillau qui a mis à notre disposition des coupes histologiques pratiquées par lui-même sur des formes diverses d'angiolymphangiomes.

Voici quelques unes des rares observations que nous avons pu retrouver et réunir ici :

## OBSERVATION I

(Par Gaucher et Meaux. Saint-Marc.)

*Lymphangiome et hématangiome du thorax à distribution zoniforme.*

Ce nævus à type hémato-lymphangiome est congénital et la malade, actuellement âgée de 20 ans, n'en ayant jamais souffert, n'avait jamais consulté quand, à l'occasion d'une crise de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite mitrale, pour laquelle elle entre dans le service du Dr Belin, elle remarqua que depuis peu cette lésion a une double tendance à saigner et à s'accroître.

Après guérison de la crise de rhumatisme, elle entre dans

le service du Dr Gaucher. La lésion siège sur le thorax à droite ; elle s'étend de la naissance du sein jusqu'à 4 cm. de la colonne dorsale, sur une hauteur de 5 à 6 cm. environ. Ce sont de petits angiomes se présentant comme une série de bouquets isolés ou confluents et reposant sur une tumeur.

Cette tumeur est une masse volumineuse formant une saillie appréciable à l'œil et déformant la région thoracique.

Elle confine en avant au sein droit dont elle est bien séparée. Sa consistance est molle, pseudo-fluctuante, la tumeur semble formée de lobules irréguliers, la palpation est légèrement douloureuse.

Sur cette tumeur se voit une série de dilatations vasculaires de nature différente ; il y a des angiomes vasculaires assez peu nombreux atteignant parfois les dimensions d'une pièce de 50 centimes et dont l'ouverture laisse échapper *du sang*.

Beaucoup plus nombreux sont les éléments d'origine lymphatique : plus petits, isolés ou confluents, ce sont des éléments papulo-bulleux translucides. Quelques-uns, plus anciens, réunis les uns à côté des autres, forment des amas légèrement teintés. Tous ces éléments sont serrés, presque confluents dans la ligne axillaire ; ils sont au contraire beaucoup plus rares dans le dos où ils forment de petits amas isolés. Ils semblent affecter une disposition radiculaire à type zoniforme ; ces différentes petites bulles s'ouvrent parfois spontanément et laissent écouler tantôt du sang, tantôt un liquide transparent.

Les lames colorées ont fait voir dans le premier cas des globules rouges abondants, dans l'autre quelques rares globules rougeset des leucocytes.

Cet hémo-lymphangiome, absolument indolent pendant longtemps, l'est un peu moins maintenant et la malade ressent surtout à la partie externe de sa tumeur quelques douleurs lancinantes.

La malade est par ailleurs bien conformée et bien portante ; cependant elle a eu des engelures fréquentes dans son enfance et présente une tendance à la cyanose des extrémités avec acro-asphyxie.

Le traitement qui est appliqué est la radiothérapie ; la malade a suivi jusqu'àprésent deux applications de rayons, qui n'ont pas encore amené de résultat sensible ; les séances sont continuées. Si elles ne sont pas suivies d'amélioration, peut-être essaiera-t-on l'électrolyse.

## OBSERVATION II

(Par L. Brocq et L. Bernard.)

*Hémolymphangiome de la langue et du voile du palais*

*Description*. — Tumeur globuleuse, contours peu nets, surface irrégulière, sillonnée de vallonnements.

Surface hérissée de petites bosselures à contours arrondis, à sommet aplati, assez acuminées et de volume variable, tantôt miliaires tantôt du volume d'une lentille. Sur le milieu de la tumeur, ces petites bosselures sont groupées en bouquets de couleur blanchâtre opalescente, paraissant translucides, rappelant les grains de semoule.

Au centre, on voit un petit point violacé par transparence. Quelques-unes ont un contenu hémorragique et ont une coloration violet foncé. Extension des lésions sur le voile, sur les piliers et le pharynx qui sont méconnaissables.

Cette néoplasie est absolument indolore, elle est congénitale ; à la naissance, c'étaient de petits points imperceptibles qui se sont ensuite agglomérés et développés.

Tumeur devenue gênante à 12 ans ; elle évolue encore ; devient turgescente et violacée à chaque changement de saison (poussées fluxionnaires quatre fois par an).

Le malade présente sur le dos et en divers autres points du corps de fines télangiectasies formant arborisation : il a de la tendance marquée aux varices. En outre : il a un nævus verruqueux à la nuque et à la poitrine, un nævus pigmentaire sur le dos et un nævus vasculaire à la face postérieure de la cuisse droite.

On a fait plusieurs ponctions des vésicules des bords de la tumeur : écoulement liquide, présentant tous les caractères de la lymphe, notablement plus abondant que la contenance apparente de la vésicule ; puis le liquide se colorait de sang et à la fin c'était du sang pur apparemment.

L'examen histologique sera fait plus tard.

— Notons en passant, cinq cas analogues dus à Baldy, Bryant, Butlin et Samter.

## OBSERVATION III

(par Charles Petit).

*Radiumthérapie des angiomes sanguins et lymphatiques.*

Il a traité entre autres : deux malades atteints d'hémolymphangiome et dont voici les observations :

1° *Hémolymphangiome de la langue.*

Description de la lésion rappelant celle de Brocq et Bernard dans l'observation ci-dessus décrite.

Diagnostic contrôlé cliniquement par le Dr Brocq et histologiquement par le Dr Dominici.

*Conclusion* : le traitement a demandé 3 séances et montre qu'il faut progressivement diminuer les doses. Ce fut un très beau cas de guérison par inclusion de tubes radifères dans la tumeur.

2° *Hémolymphangiome profond des régions cervicale et sus-claviculaire gauches.* — La description de la tumeur rappelle exactement la précédente.

Il s'agissait d'un hémo-lymphangiome à évolution rapide. La guérison fut rapide (même traitement).

*L'auteur conclut* : l'introduction pendant 24 heures d'un tube radifère à rayonnement ultra-pénétrant contenant 5 centigrammes de sulfate de radium, au centre d'un hémolymphangiome profond à évolution rapide, a permis non seulement d'en arrêter la croissance, mais d'en déterminer la régression complète et définitive en l'espace de 7 semaines.

## OBSERVATION IV

**(par Jouannot)**

*Angiomes et lymphangiomes de la glande sous-maxillaire*

*Son étude histologique conclut* : l'angiome de la glande sous-maxillaire est très souvent constitué par l'association d'hémangiome et de lymphangiome.

*Première observation.* — La néoplasie est étroitement juxtaposée à la glande sans pénétration au milieu des lobules glandulaires. Elle est constituée par :

*Des cavités lymphatiques* à paroi bordée d'un endothélium plat.

*Des petites cavités sanguines* enchâssées dans un tissu conjonctif scléreux.

*Des grains angiomateux* pleins, où les bourgeons vasculaires sont en voie de formation et n'ont encore pour la plupart aucune lumière.

Prédominance de l'élément lymphatique dans le cas qui vient d'être décrit.

*Deuxième observation.* — Il s'agit d'un hémolymphangiome de la glande sous-maxillaire également, mais à prédominance d'hémangiome. Evolution en quelques mois, tumeur congénitale, partiellement réductible, indolore, adhérente à la glande qui est saine.

*Examen histologique.* — Tissu caverneux type ; trabécules blanchâtres séparant des loges irrégulières, communiquant ensemble et remplies de sang noirâtre. L'angiome est constitué par de grandes cavités remplies de sang. La paroi des cavités vasculaires angiomateuses est bien différenciée par la présence de faisceaux de fibres musculaires lisses, orientées dans divers sens. De-ci, de-là, entre les vaisseaux, il y a des points lymphatiques et 3 petits ganglions.

*Signes.* — Turgescence parfois, indolence, aucune gêne de mastication, ni de déglutition. Bénignité.

## OBSERVATION V

(par Paul Vignes).

### *A propos de la structure histologique d'un cas d'hémolymphangiome*

Dans une récente communication, MM. Hudelo et Caillau, étudiant la structure histologique d'un cas de lymphangiome circonscrit, ont attiré l'attention sur la présence dans la tumeur, de dilatations et de néoformations de capillaires lymphatiques, en même temps que de semblables lésions des capillaires sanguins.

Cette association des lésions de l'hémangiome et du lymphangiome a été assez souvent observée dans les tumeurs étiquetées cliniquement lymphangiomes. J'ai eu l'occasion récemment de pratiquer des coupes d'un angiome, et j'ai observé la même coexistence des lésions des capillaires sanguins et lymphatiques. Il s'agissait d'un nourrisson qui présentait sur la joue gauche un placard assez étendu, formé d'un tissu de coloration rouge violacé, réductible à la pression, légèrement surélevé, à bords nets cliniquement, ainsi que l'on pourra s'en rendre compte par cette photographie en couleurs ; on devait porter le diagnostic d'angiome tubéreux typique.

Le petit malade étant mort d'athrepsie quelques semaines après son entrée, des parties de son angiome furent prélevées et fixées moins de 5 minutes après la mort.

L'examen des préparations à un faible grossissement montre au niveau des lésions, un derme augmenté d'épaisseur par

la présence de formations kystiques qui lui donnent un aspect caverneux. Seul le derme est intéressé, on ne voit rien de semblable ni à l'intérieur ni au-dessous de la couche cellulo-adipeuse. La microphotographie sur plaque autochrome que je présente à la Société a été prise au grossissement de 100 diamètres. A un tel grossissement, la préparation nous montre un épiderme normal et qui se continue tel jusqu'aux bords extrêmes de la coupe, sans hyperplasie, ni acanthose.

Le derme au contraire est hyperplasié, on trouve une grande abondance de cellules conjonctives élastiques, par places il est même un peu sclérosé. Mais en outre il est le siège de nombreuses ectasies qui occupent toute sa hauteur et lui donnent un aspect réticulé.

Ces ectasies sont arrondies ou ovalaires. Quelques-unes sont irrégulières et allongées. Leur contenu est variable, on peut trouver soit des globules rouges, soit de la lymphe coagulée avec des cellules lymphatiques, d'autres fois un mélange de globules sanguins et de cellules lymphatiques.

A un plus fort grossissement (× 400) on voit que les ectasies qui contiennent des globules sanguins sont des capillaires sanguins dilatés, reconnaissables à la structure de leur paroi, manchon conjonctif et tunique endothéliale formée de plusieurs assises de cellules. D'autres ectasies, qui sont irrégulières et montrent à leur intérieur de la lymphe coagulée, sont de simples fentes lymphatiques dilatées avec un très mince endothélium, reposant directement sur le tissu conjonctif ; quelques-unes de ces dilatations contiennent du sang mélangé à la lymphe ; cette irruption de sang est probablement due à une effraction de la paroi par un capillaire.

On retrouve ici les différents aspects histologiques bien décrits dans le travail de MM. Hudelo et Caillau.

En résumé, on trouve dans la coupe de cet angiome une association étroite des lésions histologiques de l'hémangiome et du lymphangiome et il résulte que le terme d'angio-lymphangiome, proposé par ces auteurs, soit aussi applicable et même préférable pour désigner l'affection dont nous nous occupons aujourd'hui.

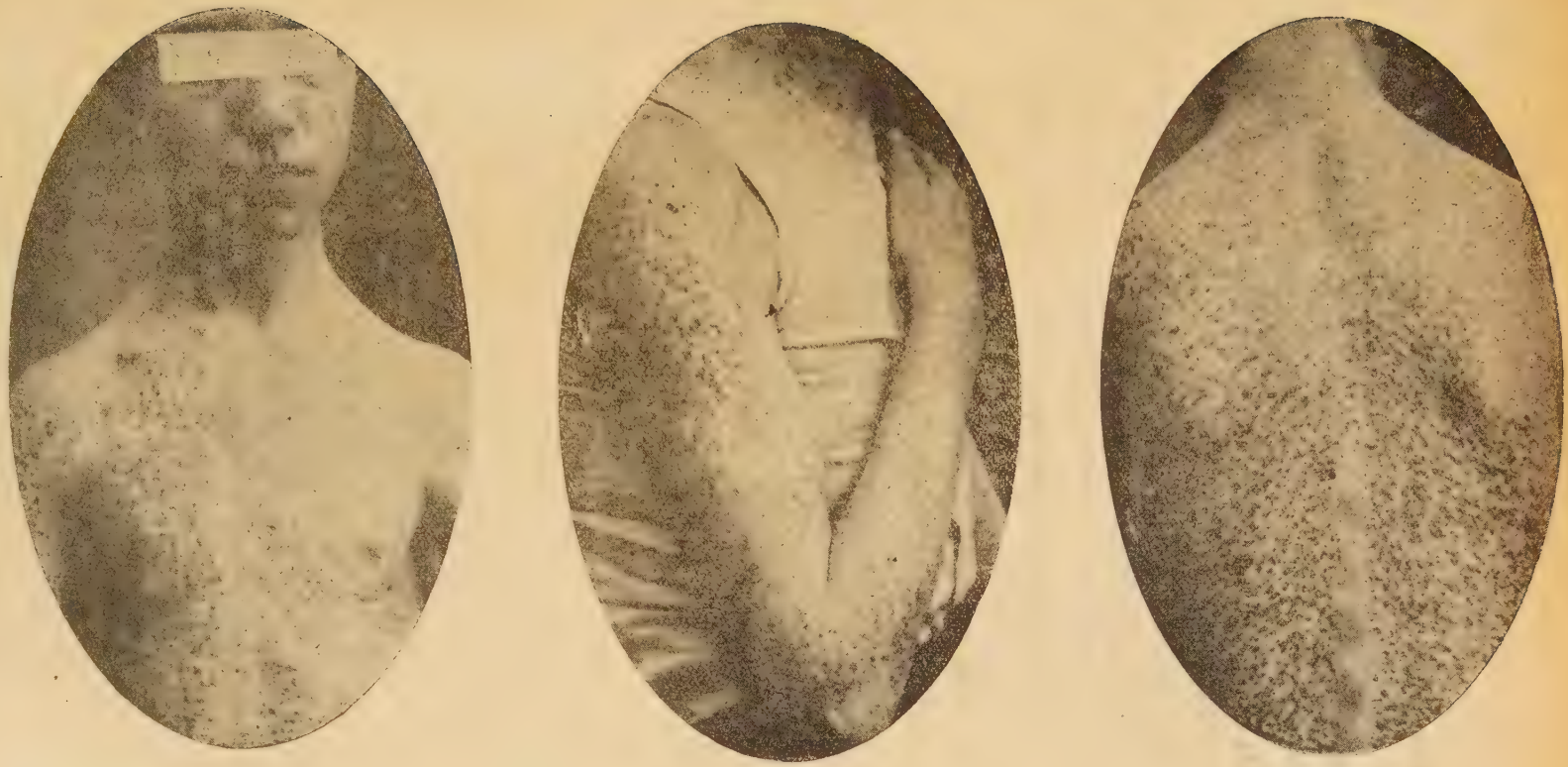
## OBSERVATION PERSONNELLE

### *Une forme spéciale d'angio-lymphangiome congénital, généralisé de la peau* (1).

Le jeune A... Raymond, 19 ans, étudiant, s'est présenté le 5 juin 1928 pour la première fois à la consultation des maladies de la peau, pour un eczéma chronique des mains avec légers troubles circulatoires, particulièrement des mains (acro-asphyxie).

Au cours de l'examen, on le fit déshabiller et nous avons constaté avec surprise qu'il présentait sur tout le corps une affection cutanée, *congénitale* aux dires du malade, constituée par une multitude de petits éléments saillants, arrondis, confluents, atteignant par endroits le volume d'une lentille, de coloration *rouge-brun*, un peu moins marquée aux plis de flexion, et semblant au premier abord avoir respecté la face, les mains et les pieds. La coloration de ces éléments presque uniformément rouge, s'accentue

1. Il s'agit d'un malade du service de Dermato-Vénéréologie du Dr Payenneville de Rouen. (Prière de se reporter aux photographies ci-après.)



Ces 3 clichés photographiques se rapportent à notre observation personnelle : une forme spéciale d'angiolymphangiome cutané, généralisé. On voit nettement que la face et la main sont presque indemnes. Remarquer également que la région de la colonne dorsale est respectée.

aux jambes où elle est plutôt violette, diminue au contraire dans la région du cou jusqu'à la teinte café au lait Nous allons essayer de décrire l'affection minutieusement : tantôt bien séparés les uns des autres, tantôt au contraire très confluents, les éléments offrent par endroits (surtout dans le dos) l'aspect de *petits amas mûriformes*, de la largeur d'une pièce de 5o centimes et que l'on peut distinguer d'ailleurs sur la photographie ; ces *éléments* sont bruns rougeâtres, parfois plus clairs et presque café au lait, *saillants*, *lenticulaires*, ne présentant aucune trace de desquamation ou de dépresssion.

La coloration disparaît plus ou moins par la pression du doigt et réapparaît immédiatement.

Des ponctions pratiquées dans les lésions ont permis de constater qu'il s'en écoulait un liquide franchement *sanguinolent* ; cette petite hémorragie s'arrête rapidement. Malgré l'uniformité des éléments qui constituent cette lésion,ils présentent quelques caractères particuliers dans leur distribution et leur confluenec.

*La face*, qui paraissait respectée, présente cependant quelques éléments discrets, à peine surélevés, de couleur café au lait. Notons que le malade présente en outre de nombreuses lésions d'acné séborrhéique, lésions qu'il ne faudrait pas sur la photographie confondre avec celles que nous venons de décrire ci-dessus.

Au fur et à mesure qu'on descend vers la ceinture, les lésions deviennent plus colorées, plus confluentes ; c'est *surtout dans le dos*, au niveau *des flancs* et le long des *membres supérieurs* que les éléments sont le plus nets et le plus caractéristiques ; signalons cependant que le long des

apophyses épineuses de la colonne dorsale, la peau est intégralement respectée; souple, ne présentant aucune altération apparente ; le creux axillaire et la région du coude sont aussi moins atteints *Les mains* elles-mêmes présentent également quelques éléments sur la face dorsale, jusqu'au niveau des dernières phalanges. Quant à la paume, elle est tout à fait indemne.

*L'abdomen* présente le même aspect que le thorax, mais il n'y a aucune lésion sur la verge ni sur le scrotum.

Aux cuisses, où l'on rencontre quelques *varicosités superficielles*, les éléments sont aussi très confluents, plus foncés encore, et aux jambes l'intensité est telle que les membres prennent un aspect asphyxique, violet foncé, et qu'il n'existe plus un seul point où la peau ne soit libérée de ces éléments : ceux-ci diminuent au niveau des pieds, la face *plantaire est intacte*.

En examinant attentivement le malade, on trouve quelques autres *anomalies cutanées* :

Un nævus sanguin sur la joue gauche (voir photo.)

Un nævus pigmentaire dans le dos (voir photo.)

Il ressort en résumé que les lésions n'ont pour ainsi dire pas de prédilection pour certaines régions, mais qu'elles ont respecté la face, le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds. Il n'y a pas d'altération du système pileux. La peau est souple et normale dans les régions qui ont été respectées.

Quant aux muqueuses, elles ne présentent rien d'anormal.

Aux dires des parents du malade, l'affection est *congénitale*, et ne semble pas avoir varié d'une façon appréciable quant au volume et à la coloration des éléments.

Cependant ils ont remarqué qu'elle était le siège à certaines époques (particulièrement au printemps), de véritables *poussées inflammatoires*, caractérisées par une exagération passagère de la couleur (violet foncé), accompagnée de *sensations prurigineuses*, désagréables, mais non douloureuses, et à prédominance dans le dos et au niveau des jambes.

Certains agents extérieurs, tels que *le froid*, provoquent les mêmes symptômes.

*Examen général.* — Il s'agit chez ce malade, d'un sujet de constitution médiocre, maigre, ne présentant cependant pas de dystrophies apparentes.

Pas de stigmates de syphilis héréditaire. Une réaction de Wassermann d'ailleurs fut pratiquée et a été négative; nous noterons seulement une implantation défectueuse des incisives supérieures due probablement à une exiguïté de l'arcade dentaire.

Au point de vue oculaire : myopie légère.

Pas de troubles endocriniens appréciables ; il n'est pas frileux ; n'éprouve jamais de migraines.

*Troubles circulatoires* caractérisés par une acro-asphyxie légère des mains et des pieds. Pas d'œdème.

Varicosités superficielles sur la face antéro-interne des cuisses.

Au point de vue cardiaque : tachycardie (90 battements par minute), dyspnée d'effort. A l'auscultation, lésion mitrale douteuse (R. mitral ?. Tension : 13-9 et indice oscillométrique normal.

Les poumons sont normaux.

Pas d'hépatomégalie, pas de splénomégalie.

Du côté des organes génitaux : léger varicocèle gauche.

Il présente en outre quelques troubles du sympathique caractérisés par la coïncidence d'émotions ou d'accès de colère avec une vaso-dilatation marquée à la face avec augmentation de la coulure des lésions sur le corps ; les lésions des mains et de la face deviennent alors particulièrement plus nettes pendant quelques secondes.

*Etat psychique*. — Il présente un *retard* au point de vue *intellectuel* tout à fait remarquable ; il est en effet âgé de 19 ans et se trouve avec des condisciples de 14 et 15 ans au plus.

Mémoire infidèle ; il éprouve beaucoup de difficulté à l'exercer.

Cependant aucune altération du caractère ; ni impulsions, ni violence.

*Antécédents héréditaires*. — Père âgé de 54 ans (*ulcères variqueux*).

Mère âgée de 40 ans (cardiaque, φ pulm., *varices*).

*Antécédents collatéraux*. — 1 frère âgé de 7 ans, bien portant.

1 sœur âgée de 17 ans (anémie ?)

1 frère mort à 9 mois (méningite), il aurait 13 ans.

1 *mort-né* (qui aurait 20 ans maintenant).

*Antécédents personnels*. — Bien portant.

Il a fait une rougeole dans son jeune âge.

En résumé, en présence de ces faits, et à cause de la nature congénitale de l'affection, nous avons fait le diagnostic d'angiomes multiples.

Une biopsie est pratiquée le 20 juin : prélèvement d'un fragment de tumeur (plusieurs vésicules) dans la région dorsale, au maximum de l'importance des lésions.

La pièce fut envoyée au Dr Caillau, fixée dans le liquide de Bouin.

Coupe à la paraffine et procédés de coloration suivants :

Hématéine éosine.

Trichrome de Masson (pour le collagène).

Orcéine de Unna (pour le tissu élastique).

## Interprétation des examens histologiques.

Les examens histologiques montrent à la fois des lésions *hyperplasiques*, des processus de *néoformations* vasculaires, et des *ectasies* ; les vaisseaux sanguins, les lymphatiques et les fentes lymphatiques sont à la fois intéressés.

Autant qu'on peut l'affirmer en se reportant à l'évolution de la maladie, il semble bien que ces lésions subissent au cours de leur évolution des régressions avec sclérose suivies de néoformations vasculaires nouvelles.

L'existence de ces poussées vraisemblables chez le malade permet d'étudier sur le tégument l'histogénèse des altérations constatées.

1° *Lésions vasculaires sanguines.* — Plusieurs types de lésions se rencontrent dans le tégument du malade.

*a*) Dans un *premier type* qui semble correspondre aux poussées plus récentes, on observe les aspects suivants : dans les zones sous-papillaires où le tissu conjonctif paraît dégénéré, par place sclérosé, on remarque l'apparition d'un tissu comparable au

tissu de régénération du bourgeon charnu : des néo-capillaires ramifiés, pourvus souvent de parois plasmodiales ou revêtus parfois d'une ou de deux assises de cellules distinctes, naissent des artérioles ; ils sont larges, leurs cellules sont riches en mitoses et les tissus voisins sont envahis par des polynucléaires et des macrophages qui phagocytent les éléments dégénérés. Deux ou trois néo-capillaires volumineux, parfois plus, se trouvent ainsi raccordés aux vaisseaux dermiques et forment *des pelotons*, ressemblant à des glomérules, entourés d'un tissu inflammatoire, œdémateux, offrant l'aspect d'un véritable granulome.

Dans les zones moins irritées, les polynucléaires sont remplacés par des mononucléaires et des plasmocytes qui entourent les néo-vaisseaux dont les parois, rarement plasmodiales, sont le plus souvent composées d'une ou de deux assises de cellules endothéliales différenciées.

Des cellules et fibres conjonctives nées de ce granulome s'orientent tantôt parallèlement aux vaisseaux, tantôt parallèlement à la surface cutanée. D'un peloton vasculaire à l'autre les vaisseaux s'anastomosent par bourgeonnement de leur endothélium, suivant le mode d'édification vasculaire décrit plus loin.

Il s'agit donc bien en ce premier type d'une lésion hyperplasique, productive, d'une hyperplasie à la fois vasculaire et conjonctive rappelant celle du bourgeon charnu des plaies. C'est l'angiome hyper-

plasique. Mais au lieu d'évoluer vers l'organisation et l'élaboration de collagène périvasculaire, étranglant les vaisseaux, comme le fait se produit dans le bourgeon charnu, la lésion du tégument évolue vers l'édification vasculaire, l'état inflammatoire s'apaise, le processus acquiert progressivement l'indépendance et l'autonomie des néoplasmes et passe de l'hyperplasie à la néoplasie, c'est-à-dire au deuxième type de lésions que nous avons observées.

B) *Deuxième type* : il répond à la néoplasie angiomateuse, au nœvus vasculaire sanguin qui semble succéder à la phase hyperplasique.

Dans le derme, de préférence autour des glandes, on remarque de larges vaisseaux garnis de 2 à 3 assises de cellules endothéliales. La paroi de ces vaisseaux bourgeonne du fait des mitoses des cellules endothéliales et les cellules nouvelles écartent les travées dermiques ou les cellules glandulaires. Elles se rassemblent le plus souvent en pelotons formant des nodules qui s'accroissent par eux-mêmes, sont *autonomes* et semblent n'avoir aucune connexion avec les capillaires de voisinage (contrairement aux lésions hyperplasiques ci-dessus décrites). D'un seul nodule semblent naître des pelotons multiples, conglomérés qui envahissent le tissu conjonctif, les glandes, le tissu adipeux et se substituent à ces tissus : les coupes sériées éclairent l'histogénèse de ces nodules.

En effet, les cellules endothéliales accusent des mitoses nombreuses d'où résultent des cellules qui

perdent contact avec la lumière vasculaire, se divisent à leur tour, et un amas cellulaire se constitue autour du vaisseau. Au sein de cet amas sont des *fissures* qui sont autant d'*amorces de néo-capillaires*, et on peut voir qu'elles se mettent en rapport avec la lumière du vaisseau, avec le trajet sanguin et prennent le caractère des néo-vaisseaux entourés d'un mince liseré collagène. Par place ce collagène est épaissi et semble stabiliser la lumière du néo-capillaire; par place la gaine, trop grêle pour résister à l'afflux sanguin, s'élargit et permet la dilatation du calibre du vaisseau qui apparaît moniliforme, variqueux, ectasié.

Remarquons le siège sous-papillaire des angio-formations sanguines ; les capillaires et veinules papillaires sont le plus souvent intacts.

Ainsi l'hyperplasie, la néoformation, l'ectasie sont les trois processus histogénétiques qui semblent concourir à l'édification de ces lésions angiomateuses. Il est très rare que les parois vasculaires néoformées ne gardent pas leur indépendance ; parfois cependant les troncs contigüs offrent des parois amincies, atrophiques, ou même perforées et communiquant entre elles suivant le type de l'angiome caverneux.

2° *Lésions vasculaires lymphatiques.* — Les vaisseaux lymphatiques offrent des lésions analogues répondant à des ectasies et à des néoformations vasculaires lymphatiques. La région papillaire surtout est riche en lymphangiectasies. Le plus souvent

on constate dans la papille la présence d'un ou de deux vaisseaux sanguins intacts et entourés de très nombreuses fentes lymphatiques ectasiées et de lymphangiectasies, l'ensemble formant un tissu caverneux qui prend la place du tissu conjonctif.

Des îlots de capillaires lymphatiques sont groupés en nodules moins réguliers que les nodules vasculaires sanguins. Le plus souvent il s'agit de troncs lymphatiques dilatés, sinueux, moniliformes et enlacés ; ils sont revêtus intérieurement d'une ou de deux cellules endothéliales aplaties reposant sur une vitrée grêle. Ces parois minces et fragiles sont fréquemment rompues et les troncs communiquants révêtent le type caverneux.

Les *fentes lymphatiques* sont très ectasiées et la papille méconnaissable apparaît sous l'aspect d'un tissu spongieux où stagne la lymphe ; l'aspect finement réticulé du tissu papillaire normal a complètement disparu.

Ces lésions diffèrent sensiblement de ce que l'on observe généralement au cours des lymphangiectasies cutanées. Peut-être l'aspect différent est-il dû à la participation des fentes lymphatiques au processus ; peut-être aussi le remaniement des lésions par les poussées successives qui ont dû intervenir a-t-il joué son rôle. Des manchons de cellules inflammatoires (mononucléaires) semblent témoigner des poussées les plus récentes.

Nous avons remarqué :

1° Que les néoformations sanguines s'accom-

pagnent d'ectasies modérées et discrètes et qu'elles paraissent souvent avoir été remaniées par la sclérose ;

2° Qu'elles occupent surtout la zone sous-papillaire et respectent la papille ;

3° Que les néoformations et ectasies des troncs lymphatiques occupent le corps papillaire transformé en tissu spongieux ;

4° Que les fentes lymphatiques ectasiées se rencontrent à la fois dans le corps papillaire et la zone sous-papillaire.

Le tissu élastique est très raréfié et manque sur des zones étendues ; par place il semble confondu avec le collagène et donne les réactions de l'élacine et de la collastine de Unna (attestant un état dégénératif intense).

Le tissu conjonctif est œdémateux, imbibé de sérosité ou en dégénérescence hyaline. Les glandes sébacées et sudoripares sont conservées, les trajets sudoripares sont épaissis.

Au niveau des néoformations, les trajets glandulaires sont détruits, montrant le caractère destructeur des angio-formations.

Indépendamment de ces lésions conjonctivo-vasculaires, *l'épiderme est malformé*, pourvu de 2 à 3 assises cellulaires bousculées et non régulièrement sériées. Par place la malformation s'accompagne d'atrophie du corps muqueux de Malpighi ; ailleurs, dans les zones irritées, on remarque une acanthose épidermique notable. Le tégument est

hyperkératosé, la couche granuleuse gardant ses proportions normales ; la vitrée qui limite inférieurement l'épiderme, accuse sur certains segments un épaississement considérable.

Enfin on distingue dans l'épaisseur du corps muqueux l'existence de thèques nævriques ébauchées et de cellules en ségrégation soit dans de minuscules thèques closes, soit dans des thèques ouvertes dans le derme.

Il n'y a aucune trace de pigment mélanique. La présence de ces lésions nævriques cadre bien avec l'état dysembryoplasique de tout le tégument.

Au point de vue interprétation, il semble que le processus peut êre conçu de la façon suivante : un *état dystrophique initial* a pu entraîner des accidents dégénératifs (dégénérescence du collagène, de l'élastine). L'appareil de défense du tégument a réagi (macrophagie, ferments protéolytiques secrétés par les leucocytes, etc...) et une tentative de régénération s'est dessinée, et en certaines zones elle est efficace et dépasse même la mesure nécessaire (papillome).

Mais la *restauration* est le plus souvent *déficiente*, elle n'amène pas la « restitutio ad integrum » peut-être en raison de malformations originelles (thèques nævriques, tégument malformé, etc...) et comme dans certains processus inflammatoires, elle aboutit à des lésions d'hyperplasie exubérante, à la formation de bourgeons charnus spéciaux, à l'angiome hyperplasique. Cette lésion, par son caractère hyper-

plasique, n'est pas autonome, mais relève de l'état inflammatoire.

Et ce n'est que dans un stade ultérieur, quand se développent les tumeurs angio-lymphangiomateuses qu'elle acquiert ce caractère d'indépendance, d'autonomie, qui est propre aux néoplasmes en général, aux tumeurs angio-lymphangiomateuses en particulier.

Ainsi conçues, ces lésions relèveraient de l'état dystrophique initial, mais l'étude histologique montre qu'il y a lieu de faire également la part d'une dysembryoplasie originelle initiale, comme le prouve l'existence de malformations nævi ques et de ségrégations cellulaires des éléments épidermiques.

## Diagnostic.

Cliniquement, c'est évidemment au diagnostic d'angiome que nous devons nous arrêter. L'examen microscopique seul permet de faire le diagnostic exact et plus précis. Il faut retenir cependant l'attention sur ce fait qu'il s'agit ici d'angiomes multiples : variété rare.

Le diagnostic différentiel est à faire : au point de vue histologique d'avec :

1° *Le sarcome de Kaposi.* — On y rencontre : des angiectasies sans lymphangiectasies.

D'autre part des vaisseaux à type glomique et une prolifération hyperplasique des cellules neurales incluses dans les parois vasculaires.

Pour les auteurs qui défendent encore la théorie sarcomateuse, on peut dire que les cellules du sarcome ne sont pas comparables aux lésions de notre malade.

2° *Les érythromélies de Pick.* — Ici les vaisseaux sont ectasiés, mais non néoformés. Ce sont en plus des lésions beaucoup plus discrètes, et l'atrophie cutanée y est plus intense.

3° *Les érythrodermies.* — On y rencontre : des vaisseaux nombreux, mais qui ne sont ni ectasiés, ni hyperplasiés.

Il y a des lésions discrètes des vaisseaux, mais s'accompagnant d'autres lésions caractéristiques (lésions du collagène, lésions de desquamation, des érythrodermies primitives, etc...).

## Pronostic.

Il est bénin, la maladie n'a pas tendance à évoluer ; malgré quelques poussées inflammatoires de temps à autre, les lésions n'ont guère changé d'aspect depuis la naissance, ni comme abondance, ni comme volume, ni comme couleur.

Peut-être même serait-il préférable de ne pas essayer un traitement à la cause de la recrudescence toujours possible des lésions, en particulier sous l'action des rayons X.

### Traitement.

Il est difficile à appliquer dans un cas semblable à cause de la multiplicité et de l'étendue des lésions. Cependant on pourrait essayer à la rigueur sur des lésions trop apparentes des parties découvertes : un traitement local combiné (qui agirait d'une part sur les éléments sanguins, d'autre part sur les éléments lymphatiques).

Mais mieux vaut peut-être s'abstenir parce que :

1° Les lésions de la face et des mains sont très discrètes ;

2° Un traitement radiothérapique peut favoriser les mitoses et provoquer ainsi une phase d'augmentation momentanée des lésions.

# CONCLUSIONS

Les hémangiomes et lymphangiomes sont des lésions congénitales ayant vraisemblablement un fond commun d'hérédité, se rencontrant avec certaines malformations et tares dégénératives. Ce caractère les différencie bien des lymphangiectasies symptomatiques.

Les lymphangiomes peuvent parfois revêtir un état mixte permettant d'en faire une forme à part, désignée sous le nom d'hémo ou d'angio-lymphangiome.

L'examen histologique de plusieurs cas observés récemment, et notamment d'un cas d'angio-lymphangiome généralisé, qu'il nous a été donné d'examiner, vient encore corroborer cette différenciation.

Cette différenciation peut être résumée ainsi : l'angiectasie et la lymphangiectasie sont des altérations de distension mécanique de tissus préexistants, le plus souvent infériorisés par des lésions dégénératives. Contrairement, les angiomes et lymphangiomes résultent d'un processus néoformateur, caractérisé par la prolifération autonome de certaines cellules inhérentes à la constitution de ces conduits.

Il y a lieu de distinguer dans ce processus un type à caractère hyperplasique initial, qui répond

au premier degré de l'angiome ou du lymphangiome qui répondent eux-mèmes à des types franchement néoplasiques.

Indépendemment de ces considérations anatomo-pathologiques nous insistons particulièrement sur le caractère tout spécial de ce type d'angiolymphangiome que nous avons décrit avec le docteur Payenneville et dont nous n'avons trouvé aucun cas semblable.

Nous terminerons en rappelant l'attention sur les deux points suivants :

1° La généralisation du processus;

2° L'existence de poussées qui se traduisent par une modification des tissus malades et qui répondent très bien au caractère hyperplasique initial des lésions comparables, à ce stade, à celles du bourgeon charnu, évoluant ultérieurement suivant le processus néoplasique et vouées finalement à un processus de régression scléreuse. Cette sclérose d'ailleurs ne semble pas toujours définitive et elle est appelée à subir de nouvelles poussées inflammatoires, hyperplasiques et à donner de nouvelles formations angio-lymphangiomateuses.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

# BIBLIOGRAPHIE


*Alard.* — Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique. Thèse de Paris, 1808.

*Desert.* — Dilatations lymphatiques. Lymphangiectasies. Thèse de Paris, 1877.

*Piffault.* — Angiokératome et lymphangiomes cutanés. Thèse de Paris, 1892.

*Bonhommet.* — Lymphangiectasies cutanées. Thèse de Paris, 1895.

*Delobel.* — Lymphangiectasies dermiques. Thèse de Paris, 1901.

*Petit.* — Angiomes sanguins ou lymphatiques. Radiumthérapie. Thèse de Paris, 1913.

*Jouannot.* — Angiomes et lymphangiomes de la glande sous-maxillaire. Thèse de Paris, 1925.

*Hebra et traduction Doyon.* — Nodosités sur tout le corps semblables à des syphilides. Au microscope : cavités contenant des globules lymphatiques, 1878.

*Vignes (Paul).* — A propos de la structure histologique d'un cas d'hémo-lymphangiome, d'après communication de Hudelo et Caillau (B. S. f. D., 7 juillet 1921, p. 417).

*Glaubersohn.* — Lymphangiectasia cutis nodularis disseminata (Dermatologie Wochenschrift, 15 oct. 1927).

*Little.* — Case of hœmato-lymphangioma (P. S. of L... Section of Dermatology, 17 févr. 1921).

*Abramovitz.* — Hemangio-lymphangioma circonscriptum (New-York Acad. of Med. — Section of Dermat., 11 nov. 1924, 2 fév. 1926).

*Stokes.* — Hemolymphangioma of the leg ; extensive hemangioma of leg and buttok associated with bilateral congenital anomalies of the toes (Philadelphia New-York and New England Dermat. Soc., 14 oct. 1924).

*Reder.* — Hemangioma and lymphangioma their reponse to the injection of boiling water (Medical Record, sept. 1920).

*Stillians.* — Hemolymphangioma of the tongue (Chicago Dermat. Society, 15 fév. 1922).

*Schwartz.* — Hemolymphangioma (New-York derm. Society, 27 janv. 1925).

*Graham Little* (*E. G.*). — Hämatolymphangioma (Dermatologie Wochenschrift, 17 feb. 1921).

*Kallius* (*H. U.*). — Hemolymphangioma of breast (München med. Wochenschrifft, 17 janv. 1927).

*Frieboes.* — Uber ein Hemætolymphangioma des Halses und der Zunge (Dermatologie Zeitschrifft, 1917).

*Kallius* (*H.-U.*). — Hœmolymphangioma cavernosum mixtum der mamma (Dermat. Wochenshcrifft., 1927).

*Balzer et Gauchery.* — Lymphangiome ou hémangiome kystique de la langue (Annales de Dermatologie. Paris, 1899).

*Stephan Brünauer.* — Zur histogenese des lymphangioma circumscriptum cutis (Archives für Dermatologie, 1923).

*Jeaubran.* — Un cas d'hémolymphangiome caverneux fissuraire de la lèvre supérieure (Nouv. Montpellier médical., 26 nov. 1899)

*Baudry et Carrière.* — Note sur un cas d'hémolymphangiome de la conjonctive palpébrale (Revue d'Ophtalmologie, 1901).

*Chipault*. — Varices lymphatiques et lymphangiome (Gazette des Hôpitaux, 15 déc. 1899).

*Hudelo und Picard*. — Hématolymphangiome circonscrit (Dermatologie Wochenschrifft, 1921).

*Meneau*. — Un cas d'hématolymphangiome circonscrit (Soc. méd. et chir. Bordeaux, 1894).

*Audain* (*Léon*) (*d'Haïti*). — La lymphangiectasie permanente filarienne ( « Fièvres intertropicales ». Edit. Maloine, à Paris, 1909).

*Morris* (*Malcolm*). — Atlas international des maladies rares de la peau, 1899.

*Mantegazza*. — Sur un cas d'hématolymphangiome (Annales de Dermat., juillet 1902).

*Brocq* (*L.*) *et Bernard* (*L.*). — Hémolymphangiome de la langue et du voile du palais (Annales de Dermat., 1897).

*Gaucher et Meaux* (Saint-Marc). — Lymphangiome et hématangiome du thorax à distribution zoniforme (B. S. F. D,. mars 1912).

*Dominici*, *Chéron et Barbarin*. — Guérison d'un hémolymphangiome profond par le radium (Soc. méd. des Hôpitaux, 6 mai 1910).

*Nicolas* (*G.*) *et Lebeuf* (*P.*). — Hémolymphangioma of tongue (Lyon médical, 13 mars 1927).

*Sajewboskin*. — Cavernoux hypertrophic lymphangioma of pancréas (Franckfur. Zeits. für Path., 1927).

*Uehlinger*. — Lymphangioma of heart (Breit. z. path. Anat., 5 sept. 1927).

65. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 12-28